Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Hautklinik, Gießen
Direktor: Prof. Dr. Jesionek.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY 28 1930

Das Lenigallol in der dermatologischen Praxis.

DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER HESSISCHEN LUDWIGS-UNIVERSITÄT
ZU GIESSEN.

EINGEREICHT VON

KARL WELCKER
aus Dieburg.

GIESSEN 1929
Druckerei Justus Christ, Gießen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Gießen
Referent: Prof. Dr. Jesionek.

Das um die Jahrhundertwende von Kromayer in die Ekzembehandlung eingeführte Lenigallol hat niemals die verdiente Anerkennung in der Therapie gefunden. Nach den nahezu 20jährigen Erfahrungen unserer Klinik handelt es sich jedoch um ein außerordentlich nützliches und empfehlenswertes Reduktionsmittel im Unnaschen Sinne als Salben und Pastenzusatz. Bei der enormen Spezialitätenfabrikation der chemischen Fabriken auch in Bezug auf fertige Salben und Pasten verdient ein nach Wunsch rezeptierbares Medikament in der Therapie der Hauterkrankungen Beachtung. Versuche, das Lenigallol der Vergessenheit zu entreißen, sind immer wieder gemacht worden, zuletzt von Delbanco, der das Lenigallol als Ersatz der Pyrogallussäure »zum eisernen Inventar seiner Ekzemtherapie« rechnet. Die immerhin schwierige Ekzembehandlung, die Mißerfolge leicht dem angewandten Mittel zur Last legen läßt, mag mit eine Ursache für die seltene Anwendung des Lenigallols bilden. In der Tat setzt die Applikation des Pyragalloltriazetats eine gewisse Erfahrung sowohl in der Ekzembehandlung überhaupt, als auch gerade mit diesem Mittel voraus.

Bei Ekzemen akuten Charakters und Hautentzündungen durch irgendwelche äußere Schädigung wäre die Anwendung jeglicher differenter Mittel, also auch des Lenigallols, ein Kunstfehler. Beseitigung der auslösenden Ursache und Ruhigstellung der Haut durch Puder, Zinkpasta, Borwasserüberschläge oder Zinkschüttelmixturen genügen, um in kurzer Zeit die Erkrankung zur Abheilung zu bringen. Ist es dagegen schon zu chronischen Veränderungen der Haut gekommen — bindegewegige Infiltration, Verdickungen einzelner Hautschichten — so führt eine derartige indifferente Behandlung nicht zum Ziel. Wir sind gezwungen, differente Mittel, die auch die gesunde Haut zu schädigen vermögen, in Anwendung zu bringen. Vor allem kommen die »reduzierenden« Mittel in Frage — Teer, Schwefel, Pyrogallussäure, Chrysarobin, etc. Gäbe es nur »acute« und »chronische« Ekzeme, so wäre nach dem oben Gesagten die Behandlung verhältnismäßig einfach. Die größte Zahl zur Behandlung kommender Ekzeme zeigt aber Mischformen, in denen einmal

die acuten, einmal die chronischen Veränderungen das Bild beherrschen. Diese Mischformen erschweren die Indikationsstellung und sind wohl auch der Grund, weshalb die von H e b r a empfohlene Ätzbehandlung (Kalilauge, Arg. nitricum, grüne Seife etc.) nie so recht Eingang gefunden hat. Man machte wegen der Schwierigkeit der Indikationsstellung in vielen Fällen mehr schlecht als gut, und das brachte die Ätzbehandlung in Mißkredit. Nur bei großer Erfahrung war es infolgedessen möglich, bei derartigen Mischformen, die je nach Fall eine ganz bestimmte Indikationsstellung in Bezug auf Ätzmittel, Zeitpunkt und Energie der Ätzung verlangten, Erfolge ohne große Enttäuschungen zu erleben.

Aus den Ausführungen ergibt sich, wie wichtig es ist, über ein Ätzmittel zu verfügen, das auch bei nicht ganz einwandfreier Indikationsstellung keinen oder möglichst wenig Schaden stiftet. Von einem derartigen Mittel wäre zu verlangen: Reizlosigkeit für die gesunde Haut, Beeinflussung der chronischen Gewebsveränderungen im Sinne einer Reduktion und eine nur auf nässende Stellen beschränkte stärkere Ätzwirkung. Keines der alten Reduktionsmittel kam diesen Forderungen auch nur entfernt nahe. Es war daher die Einführung des Lenigallols durch K r o m a y e r zu begrüßen, da dieses Präparat in weitgehendem, wenn auch nicht in idealem Maße, die oben genannten Forderungen erfüllt. Im Lenigallol sind die Hydroxydgruppen des Pyrogallols ersetzt durch 3 Essigsäureradikale. Es stellt ein mehliges, leichtes, in Wasser und Alkohol unlösliches, dagegen in wäßrigen Alkalien lösliches Pulver dar. Das Lenigallol ist ein ausgesprochenes Reduktionsmittel, da durch Berührung mit den Gewebssäften Pyrogallol gebildet wird, das nun seinerseits wieder gierig Sauerstoff aus Gewebe und Gewebsflüssigkeit an sich zieht. Nach den Untersuchungen von G r ü n e b e r g wird das Lenigallol durch den Luftsauerstoff auch in hochkonzentrierten Salben oder Pasten nicht verändert. Nach unseren Erfahrungen tritt jedoch eine Verfärbung der weißen Lenigallolpasten nach längerem Stehen (2—3 Monate) fast immer auf. Die Pasten werden durch Pyrogallolbildung grauweiß bis graubräunlich verfärbt und dürfen dann wegen der Gefahr, auf der Haut entzündungserregend zu wirken, nicht mehr verwandt werden. Grundsätzlich sollen daher Lenigallolpasten und Salben nur frisch zubereitet Verwendung finden.

Die Vorzüge des Lenigallols gegenüber allen Ekzemmitteln, insbesondere der Pyrogallussäure sind nach Kromayer

1. Die Unlöslichkeit und Unzersetzlichkeit des Pyrogalloltriazetats auf normaler Haut, wodurch Reizungen hintangehalten werden, die bei allen Reduktionsmitteln bei genügend starker und genügend langer Applikation auftreten. Sogar 50% Lenigallolsalben — auf die gesunde Haut mehrere Tage aufgebunden — sollen keinerlei Reizwirkung entfalten. Dies mag nach unseren Erfahrungen für die Haut des Hautgesunden ‹Nichtekzematiker› zutreffen, beim Ekzemkranken, dessen Haut ja viel empfindlicher ist, kann es schon bei Conzentrationen von 10% auch auf »gesunder« Haut zu Entzündungen kommen. Es ist dies jedoch ein relativ seltenes Vorkommnis!

Daß auch die gesunde Haut auf Lenigallolapplikation reagiert, beweisen die Versuche Kopytowskis, der die der Lenigallolbehandlung unterworfenen Hautstückchen mikroskopisch untersuchte. Er konnte feststellen, daß schwachen bis 10% Lenigallolsalben eine stark keratoplastische, höherprozentuierten dagegen eine schwach keratolytische Wirkung zukommt. Über die Veränderungen, die nässende Hautstellen Ekzemkranker unter Lenigalloleinwirkung erleiden, wird nachher kurz berichtet werden.

2. Die langsame Abspaltung der Pyrogallussäure auf chronisch veränderten Hautpartien ‹Lichenifikationen›, die eine schwach reduzierende Wirkung entfaltet, und infolgedessen auch die Anwendung bei Psoriasis erlaubt.

3. Die energische Abspaltung der Pyrogallussäure überall da, wo die Hornschicht defekt ist oder ganz fehlt, also bei Bläschen, Pusteln, Erosionen, Rhagaden und Nässen, die eine lokal beschränkte Ätzwirkung hervorruft und die sich durch die Schwarzfärbung dieser Stelle dokumentiert. Diese lokal begrenzte Ätzwirkung ist gegenüber dem Pyrogallol, das gesunde wie kranke Haut in gleicher Weise ätzt, ein großer Vorzug.

4. Die Ungiftigkeit des Präparates, die durch die Eigenart der Pyrogallusabspaltung bedingt ist. »Während die wasserlösliche Pyrogallussäure wegen der großen Intoxikationsgefahr nur auf beschränkten Hautpartien zur Anwendung gelangen darf, können die höchstprozentuierten Lenigallolsalben über den ganzen

Körper verstrichen werden, ohne daß eine Intoxikationsgefahr besteht, weil das Lenigallol unlöslich ist. Wo aber aus ihm Pyrogallus frei wird, da wird dasselbe aber auch alsbald in die unlöslichen Reduktionsprodukte ⟨erkenntlich an der Schwarzfärbung⟩ überführt, sodaß es nicht in das Blut übertreten kann«. So wurde denn auch in der gesamten Lenigallolliteratur über Intoxikationen nichts berichtet. Erst im Jahre 1926 — und das ist die einzige Aufzeichnung dieser Art — wurde von Finsen ein Fall von Lenigallolvergiftung beobachtet. Es handelte sich um ein junges Mädchen, das während der Behandlung einer ausgebreiteten Psoriasis mit einer 4% Lenigallolpaste Albumen und Dunkelfärbung des Harns aufwies. Nach Abbaden trat schnelle Genesung ein. Von uns konnten an Tausenden von behandelten Hautkranken Vergiftungserscheinungen nicht nachgewiesen werden, allerdings gebrauchten wir nie höhere Pastenkonzentrationen als 10% und beschränkten uns überdies nur auf Behandlung kleinerer Hautbezirke bei Ekzemkranken.

Bevor wir auf unsere Technik und das Indikationsgebiet eingehen, soll kurz auf die Anwendungsarten und Anwendungsgebiete der anderen Autoren kritisch eingegangen werden. In den ersten Arbeiten von Kromayer, Vieth und Grüneberg wird das Lenigallol in seinen verschiedenen Conzentrationen schon in Combination mit Zinkpaste empfohlen. Bei der Psoriasis werden die Schuppen durch hochprozentige ⟨10%⟩ Pasten besser gelöst als durch Pyrogallolpasten gleicher Conzentration. Durch niederprozentige Pasten ⟨0,5—5%⟩ werden Ekzeme »in geradezu wunderbar rascher Weise geheilt«. ⟨Kromayer und Vieth.⟩ Der Wirkungsbereich ist jedoch auf acute und subacute Ekzeme beschränkt, wo stärkere bindegewebige Veränderungen das Bild beherrschen, wird man mit dem Lenigallol allein nicht auskommen können. Hier müssen insbesondere die Teere in den verschiedenen Formen nach Beseitigung der acuten Erscheinungen angewendet werden ⟨Kromayer und Grüneberg⟩. Von Bottstein wurden in der Blaschko'schen Poliklinik alle Arten Ekzeme mit Erfolg behandelt. Die besten Wirkungen wurden erzielt, wenn mit 3—5% Salben angefangen und langsam zu höheren Conzentrationen ⟨bis zu 20 und 30%⟩ übergegangen wurde. Auch die mäßig infiltrierten Formen des Ekzems können dadurch zum Schwinden gebracht werden, ohne allzuhäufig

zum Teer als Nachbehandlungsmittel greifen zu müssen. Die dort gleichfalls empfohlene Behandlung der Psoriasis des Kopfes mit 20% Lenigallolsalben wurde angeblich mit gutem Erfolg durchgeführt. Die letzten Endes jedoch immer mehr oder weniger stark auftretende Haarverfärbung wird umsomehr eine Gegenindikation abgeben, als wir in der weißen Präcipitatsalbe in Combination mit 10% Salycilvaseline und Kopfseifenwaschungen ein besseres und reinlicheres Mittel gegen die Schuppenflechte der behaarten Kopfhaut besitzen. Betonen möchte ich besonders, daß von Bottstein Salben als Grundlage angewendet wurden, während die anderen Untersucher die von Kromayer empfohlene Zinkpaste benutzen.

Rau gelingt es, chronische, seit Monaten bestehende, in Scheibenform zur Beobachtung kommende Ekzeme der Vorderarme und Unterschenkel nach energischer Schmierseifenwaschung und nachfolgender Applikation 10% Lenigallolzinkpasten in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. K. v. Porr hebt den günstigen Einfluß auf die Hyperaemie, die Exsudation und den Juckreiz hervor. Auch von diesem Untersucher werden noch 30—50% Lenigallolpasten angewendet, ohne daß Albuminurie oder sonstige Vergiftungserscheinungen beobachtet wurden. Luithlen empfiehlt das Lenigallol als das beste Mittel, um einen acuten Ausbruch chronischer Ekzeme in kürzester Zeit zu beseitigen. Auch in der Therapie der Psoriasis wird ihm ein wichtiger Platz zugewiesen. Clemm gelang es mit 20% Lenigallolzinkpasten hartnäckige, scrophulöse Kopfekzeme zur Heilung bringen. Das Mittel wurde messerrückendick aufgetragen und 2—3 Tage lang verbunden. Trotz Vernachläßigung der von Kromayer gegebenen Vorschrift des 2maligen Verbandwechsels innerhalb 24 Stunden wird völlige andauernde Heilung erzielt. Mayer kann die überaus günstigen Berichte Kromayers vollauf bestätigen. Von Wichtigkeit scheint mir die Angabe des Untersuchers: »Morgens und abends wird behufs Erneuerung die alte Paste mit reichlich Vaseline sanft und ohne Reiben entfernt«. Wir haben immer wieder die Beobachtung gemacht, daß von kleinen durch Pyrogallol schwarz gefärbten Bläschen oder Pusteldecken oder auch kleinen Börkchen Reizungen über das ganze Ekzemgebiet ausgehen können. Beim Vorhandensein derartiger Lenigallolsalbenreste haben wir daher besonderen Wert auf ihre Entfernug gelegt durch Lösen mit geeigneten Spateln oder auch warmem Olivenöl. Dadurch

war es möglich, längere Zeit hindurch Lenigallolzinkpasten ohne Reizungen anzuwenden. Ich komme nachher auf diese wichtige Tatsache zurück und erwähne sie hier nur, weil Mayer mit seiner 2maligen Vaselinbehandlung wohl Gleiches bewußt oder unbewußt erreicht hat. Ähnliche Erfahrungen liegen wohl auch der Warnung Kromayers zugrunde, wenn er schreibt: »Die alte Paste muß sorgfältig, bevor neue aufgetragen werden darf, von der Haut entfernt werden, am besten durch Fett (Vaselin, Mandelöl, flüssiges Paraffin). Es ist nicht ratsam, durch lange Zeit die Lenigallolbehandlund festzusetzen, da schließlich doch infolge der freiwerdenden Pyrogallussäure eine Reizung entstehen kann und für die Behandlung dieser Ekzeme noch andere Aufgaben bis zur Heilung zu erfüllen sind«. Die Möglichkeit, daß hier Lenigallolabkömmlinge in Verbindung mit körpereigenen Bestandteilen als Katalysatoren die Pyrogallolabspaltung beschleunigen, scheint nicht ohne Weiters von der Hand zu weisen. Die beobachteten Reizungen wären jedenfalls dadurch erklärbar.

Marcuse glaubt den Grund der schlechten Einbürgerung des Lenigallols in die dermatologische Praxis in der Anwendung verhältnismäßig hochprozentuierter Salben und Pasten gefunden zu haben. Sowohl die 5% als auch die 10% Conzentration haben bei längerer Anwendung Reizungen verursacht; 1—2% Lenigallolsalben und Pasten dagegen werden bei guter Wirkung absolut reizlos vertragen. »Lenigallol beeinflußt in sachgemäßer Conzentration und Applikation alle Ekzemarten auf das Günstigste und wirkt namentlich dort, wo auf chronisch-ekzematöser Haut immer von neuem Exacerbationen auftreten, ganz vorzüglich.« Schalek legt, ohne Wesentliches über Reizungen zu berichten, 10% Lenigallolzinkpasten auf das erkrankte Gewebe auf. Nach nur 12stündiger Einwirkung soll die »Infiltration zum Verschwinden« gekommen sein, die Krusten sind gelockert, das Jucken wesentlich gemindert. Nach dieser $^1/_2$tägigen Behandlung soll eine vorher unverträgliche Teerbehandlung gut vertragen werden. In seinen »Dermatologischen Vorträgen für Praktiker« schreibt Jessner: »Richtig verwendet ist das Lenigallol in der Ekzemtherapie von Wert«. Als Gegenindikation gibt er ganz acutentzündliche, blasenbildende Ekzeme an. Des Weiteren wird betont, daß nach Bildung der oben erwähnten Börkchen oder Krüstchen (überall da, wo Gewebssaft sich mit Pyro-

gallol verbunden hat), also nach 1—4 Tagen, mit der Lenigallolmedikation aufzuhören ist und das Lenigallol durch indifferente Mittel zu ersetzen ist, anderenfalls kann es zu entzündlichen Reizungen, insbesondere zu Pustelbildung kommen. Fraser schreibt: »Bei Ekzem habe ich Lenigallol wunderbar wirksam gefunden, besonders bei chronischem Ekzem mit acuten Exacerbationen«. Beim Erysipel hat der Autor Untersuchungen mit 10% Lenigallolpasten angestellt und ein überraschend gutes Ergebnis gehabt. Auch das Ekzeme intertrigo und die »Seborrhoea sicca der Kinder« zeigten zufriedenstellende Beeinflussung. Nach dieser letzten im Jahre 1906 erschienenen Mitteilung fehlte es in den nächsten Jahren nicht an therapeutischen Hinweisen auf die vorzügliche Geeignetheit des Lenigallols zur Behandlung der Ekzeme (Hahn, Galewsky, Wehner, Stein, Isacson, Ochsenius, Schmidt, Feer).

Neue Gesichtspunkte werden in diesen Notizen nicht gegeben. Ochsenius empfiehlt die 1% Lenigallolzinkpastenanwendung angelegentlich bei Wundsein von Säuglingen und bei Manifestationen der exsudativen Diathese mit Ausnahme des Milchschorfes. Der Behandlung des nässenden Ekzems mit 5—10% Pasten wird von Isacson das Wort geredet. Galewsky bringt nässende Kinderekzeme zuerst durch Zinktrockenpinselung zum Eintrocknen und benützt $^1/_4$—10% Lenigallolpasten zur Weiterbehandlung, die sich ihm als ausgezeichnete Mittel erweisen.

Beim Studium der angeführten Arbeiten könnte man nun annehmen, daß das Lenigallol gewissermaßen als Universalmittel für eine stattliche Zahl von Hauterkrankungen betrachtet werden könnte. Daß dem nicht so ist, wird schon von Kromayer in seinen ersten Arbeiten betont. Durch die Fülle der Publikationen ist aber dies besonders in der von Kromayer und Grüneberg verfaßten Schrift genau begrenzte Indikationsgebiet, ebenso wie die Anwendungsweise nicht zum Besten des Mittels wesentlich erweitert worden. Diesen weitgehenden Empfehlungen mögen Mißerfolge des Praktikers, die das Lenigallol dann in Mißkredit brachten, zur Last zu legen sein.

Die Behauptung, daß das Lenigallol die gesunde Haut nicht anzugreifen imstande wäre, wurde schon vorher inbezug auf die Ekzemhaut eingeschränkt. Daß auch die Haut des Gesunden (Nichtekzemkranken) Menschen auf das Lenigallol in irgend einer

Form reagiert, geht aus pathologisch-anatomischen Studien Kopytowskis hervor. Dieser Untersucher konnte nachweisen, daß Lenigallolsalben — auf die Scrotalhaut junger Leute appliziert — in schwachen Conzentrationen (bis zu 10%!) eine stark keratoplastische Wirkung besitzen. Conzentrierte Salben bis zu 25 % haben eine schwache keratolytische Wirkung, führen aber meist zu Oedem und Zellzerfall im Stratum germinativum. Wenn das für Lenigallol-Salben zutrifft, so muß dies in erhöhtem Maße für Lenigallol in Combination mit Zinkpasten zutreffen, da das Zinkoxyd bekanntermaßen die Reduktionsfähigkeit und damit die Pyrogallolbildung und die mit dieser verbundene Möglichkeit der Hautreizung stark steigert.

Da in unserer Klinik Salben überhaupt nicht und Pasten mit Zusatz von über 10% Lenigallol nur in ganz seltenen Fällen angewendet werden, so interessierten uns in besonderem Maße die mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen nach Applikation des Mittels auf die kranke (Ekzem) Haut. Wir hatten Gelegenheit, in 3 Fällen von acuten nässenden Ekzemen derartige Untersuchungen anzustellen. Die Excisionen wurden nach 1,2 bezw. 3tägigen Lenigallolpastenapplikationen (10%) vorgenommen und zwar so, daß im gleichen herausgeschnittenen Hautstückchen sowohl unbehandelte als auch behandelte Ekzemhaut im gleichen Schnitt zur mikroskopischen Untersuchung kommen konnte. Bei dem Umbau der Laboratorien sind die Schnitte leider abhanden gekommen.

Bei den herausgeschnittenen Hautstückchen handelt es sich immer um stärker nässende hochrote, mäßig infiltrierte Hautpartien chronischer Ekzeme in Scheibenform am Unterschenkel oder Unterarm mit acutem Rezidiv. Im Gegensatz zum unbehandelten Teil des Hautschnitts, mit starken Blut- und Lymphgefäß-Erweiterungen, größtenteils zerstörtem bezw. abgestoßenem Rete und geronnenem Exsudat, zeigt der mit Lenigallol behandelte Schnitteil schon nach 24 Stunden einen Verschluß der oberflächlichen Lymphräume durch Neubildung einer dünnen Lage noch nicht verhornter Malphigischer Zellen. Die nach 24 Stunden 2—3 Zellreihen starke Schicht ist nach 48 Stunden auf 5 Reihen gestiegen, wobei sich auf den obersten beiden Schichten massenhaft Keratohyalinkugeln zeigen. Mit van Gieson-Färbung ist die beginnende Verhornung deutlich als gelber, feiner Strich nachweisbar, allerdings zeigen die Zellen

noch deutliche Zellkerne. Nach 3 Tagen ist die oberste Schicht kernlos geworden, es hat sich eine normale, wenn auch sehr schmale Hornschicht gebildet. Ein Stratum lucidum ist dabei mit Sicherheit nicht zu erkennen. Die mikroskopischen Befunde entsprechen den makroskopischen immer wieder erhobenen Befunden des nässenden Ekzems nach Lenigallolbehandlung.

Es geht aus ihnen hervor, daß dem Lenigallol in der verwendeten Conzentration eine ausgesprochen epidermisierende Wirkung zukommt, weiterhin aber auch, daß der Wirkung und damit dem Indikationsgebiet gewisse Grenzen gesteckt sind, da die Ätzwirkung eine nur oberflächliche ist. Die Ekzemherde bleiben unter Lenigallolwirkung bis zu 6 Tagen. Wenn uns auch eine Excision aus äußeren Gründen nicht möglich war, so sahen wir doch vom 4. Tage der Einwirkung auf der erkrankten Haut gleichzeitig mit der stärkeren Verfärbung durch Pyrogallussäure deutliche Rötung und Schwellung. Am 6. Tage begannen die Herde wieder zu nässen, ein Erfolg der Lenigallolbehandlung war nicht mehr erkennbar, das Krankheitsbild im Aussehen wie vor der Einleitung der Behandlung. Aus diesem Versuch ergeben sich deutlich die Gefahren, mit denen bei der L.-Behandlung zu rechnen ist. Tatsächlich erleben wir es immer wieder, daß bei länger währenden Lenigallolbehandlungen die Heilungstendenz der Herde nach 3—4 Tagen aufhört, und daß nach der Weiterbehandlung mit diesem Mittel Reizungen der Haut auftreten. Es ist daher auch aus unseren klinischen Erfahrungen der Schluß zu ziehen, daß eine L.-Behandlung im allgemeinen nicht länger als 3 bis höchstens 4 Tage fortgesetzt werden darf.

Es wurde zu Beginn der Ausführungen betont, daß es notwendig wäre, das Indikationsgebiet des Lenigallols einzuschränken und die Anwendungsart genau festzulegen, um möglichst Günstiges zu erreichen und Schädigungen hintanzuhalten.

Bei den langjährigen Versuchen mit Lenigallol an unserer Klinik hat sich uns ein ganz bestimmtes Behandlungsschema am besten bewährt. Wir konnten feststellen, daß Lenigallol nicht in Form von Salben, sondern in Pastenform am besten vertragen wird. Wir verordnen Lenigallol in 2—5—10 % Conzentration in folgender Form:

Rp. Lenigallol 10,0
Ol. Olivar. 5,0
Zinc. oxydat.
Amyl. aa 20,0
Vasel. alb. am. ad 100,0
D. S. zu Hd. d. Arztes.

Die Paste, die in solchen Mengen zu verschreiben ist, daß sie höchstens zum Gebrauch während einer Woche ausreicht, soll nicht länger als höchstens 4 Wochen verwendet werden. Das ist notwendig wegen der Möglichkeit der Pyrogallolabspaltung durch den Luftsauerstoff, wodurch die Paste grau oder bräunlich verfärbt wird und Hautreizungen hervorrufen kann. Es ist in unserer Klinik üblich, daß die Applikation von Lenigallolpasten durch den Arzt selbst erfolgt. Die durch das Olivenöl weiche und geschmeidige Paste wird auf die von Krusten, Borken oder Schuppen möglichst gereinigte Stelle ‹mit Öl oder auch mit Wasser und Seife› mit Hilfe eines Borstenpinsels aufgetragen. Die Prozedur findet 1—3 mal am Tage statt, wobei dabei zu achten ist, daß Verklumpungen von Lenigallolpasten mit einem geeigneten Instrument ‹Spatel oder Pinzette› abgehoben werden. Börkchen lassen sich leicht abheben, es findet sich darunter eine schon trockene, rosarötliche, oder auch noch leicht feuchtglänzende frischgebildete Epidermis. Wird die Entfernug der alten Pastenreste versäumt, so können häufig Reizungen durch stärkere Pyrogallolabspaltung von diesen Stellen ihren Ausgangspunkt nehmen. Es möchte sich also weiterhin empfehlen jeden Tag oder jeden 2. Tag die mit Lenigallol bepinselten Stellen mit warmem Olivenöl vorsichtig abzureiben und dick zu überpudern mit Talcum. Ein Verband wird nicht angelegt, damit der Luftsauerstoff freien Zutritt hat und dann ist erneut zu pinseln. Ist nach 3—4 tägiger Lenigallolanwendung — steigend von 2—5 auf 10% — ein Erfolg nicht augenscheinlich, so eignet sich das Krankheitsbild offenbar nicht zur Lenigallolbehandlung. Angenehm wird in den meisten Fällen die juckreizmindernde Wirkung dieser Behandlungsart empfunden.

Bei nicht sehr reizbarer Haut wird die Pinselung für gewöhnlich über 3 Tage hin täglich wiederholt o h n e a b z u ö l e n. Am 4. Tage wird dann mit warmem Olivenöl abgeölt, und die kleinen schwarzen Börkchen und Krüstchen werden mit einem geeigneten Instrument entfernt. in Fällen, in denen nach der Lenigallolbe-

handlung auch acute Erscheinungen vorhanden sind, schließen wir eine 1—2 tägige Behandlung mit Borwasserüberschlägen an. Bei unseren klinischen Versuchen stellte es sich immer wieder heraus, daß bei langwährender Lenigallolbehandlung die Heilungstendenz bald aufhört, ja sogar Reizungen gesunder Hautpartieen anftreten können. Es ist daraus der Schluß zu ziehen, daß eine Lenigallolbehandlung nicht länger als 3—4 Tage fortgesetzt werden soll. Ist noch keine vollständige Heilung erzielt worden, oder gar eine unwillkommene Hautreizung aufgetreten, so muß man sich zur Weiterbehandlung mit Ichthyolpasten evtl. nach 1—2 tägiger antiphlogistischer Behandlung mit Borwasserüberschlägen entschließen. Zu einer endgültigen Heilung wird man mit Lenigallol allein in all' den Fällen nicht kommen, die mit einer bindegewebigen Infiltration einhergehen, bei denen also tiefergreifende Ätzwirkungen erzielt werden müssen, wie z. B. bei chronischen Ekzemen.

Es empfiehlt sich hier, an die 4—5 tägige Lenigallolbehandlung eine Teerbehandlung anzuschließen. Wir verwenden die ebenfalls von Kromayer angegeben Wilkinsonsalbe in folgender Form:

Rp. Cret. alb. 10,0
Sulf. subl.
Ol. Rusci aa 15,0
Sap. Kal.
Adip. suill. aa 30,0
M. f. pasta.

Statt dieser modifizierten Winkinsonsalbe hat sich uns besonders bei torpiden stark lichenificierten und juckenden Ekzmen der gewöhnliche Steinkohlenteer, so wie er aus den Gasanstalten kommt, bewährt. Der Teer wird aufgepinselt, 2—3 Tage liegen gelassen und dann mit Olivenöl evtl. nach vorherigem Handbad abgeölt. Auffallend gegenüber anderen Teerarten ist die fast vollkommene Reizlosigkeit, sehr willkommen die große Billigkeit.

Es sind allerdings die aus den Gasanstalten zu beziehenden Teerärten in ihrer Reizwirkung dieses Mittels verschieden, sodaß sich ein tastender Vorversuch etwa an einer umschriebenen kleineren Hautstelle empfielt.

Auf diese Weise behandelt, gelang es uns, Ekzeme aller Art in kurzer Zeit zur Abheilung zu bringen. Acute und subacute Ekzeme, besonders die nässenden Hand- und Ohrekzeme und die

intertriginösen Ekzeme wurden mit Erfolg behandelt. Ebenso bewährt es sich bei der Behandlung der krustösen Ekzeme mit Ausnahme der Kopfekzeme. Wir wenden hier eine der Feer'schen ähnliche Methode an. Feer löst zuerst die Krusten mit essigsaurer Tonerde ab und schließt dann die Lenigallolbehandlung an. Statt der essigsauren Tonerde — die öfters Hautentzündungen verursacht — gebrauchen wir das Borwasser. Bei lokalisierten nässenden Ekzemen wenden wir in vielen Fällen sofort Lenigallol an und erzielen gute Resultate. Hierbei stellen wir uns in bewußtem Gegensatz zu Galewsky, der Lenigallol erst anwendet, wenn durch Puder oder Borüberschläge die Ekzeme das Nässen verloren haben. Gerade die nässenden, die impetiginösen und die krustösen Ekzeme sind u. a. noch die eigentliche Domäne des Lenigallols! Die Behandlung größerer Hautpartien wird an unserer Klinik nicht geübt. Ebenso ist dringend von einer Lenigallolbehandlung der sogenannten Reizekzeme abzuraten. Psoriasisfälle mit Lenigallol zu behandeln, wird von uns abgelehnt, da mit anderen Mitteln bessere Erfolge erzielt werden können.

Zusammenfassung.

Das Lenigallol ist kein Allheilmittel, wie es etwa nach dem Studium der betreffenden Arbeiten und Empfehlungen den Anschein haben könnte. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, das Indikationsgebiet einzuschränken und über die Anwendungsart genauere Anweisungen zu geben. Auf Grund langjähriger Erfahrungen an der Gießener Hautklinik kann das Lenigallol in Combination mit Zinkpasten in 1—10% igen Conzentrationen zur Behandlung acuter, subacuter, und chronischer, lokalisierter Ekzeme empfohlen werden. Es stellt ein vorzügliches, aber nur oberflächlich wirkendes Ätzmittel dar, das die subjektiv lästigsten Beschwerden — das Jucken — schlagartig in günstigem Sinne beeinflußt. Wegen der geringen Tiefenwirkung muß bei chronischen Ekzemen mit stärkeren Veränderungen im Bindegewebe eine Behandlung mit Teer angeschlossen werden. Auch bei acuten und subacuten Ekzemen kann es häufig notwendig werden, eine Nachbehandlung am besten mit Ichthyolpasten (2—10%) anzuschließen. Die Lenigallolbehandlung wird am besten vom Arzt selbst vorgenommen! Die weiche Paste wird mit einem Borstenpinsel 1—3 mal täglich 3—4 Tage lang hintereinander

auf die erkrankten Stellen aufgetragen, überpudert mit Talcum und ohne Verband belassen. Die an nässenden Stellen sich bildenden Krüstchen und Börkchen ‹Exsudat und Pastenreste›, sind jeden Tag vor der neuen Pinselung mit Spatel oder Pincette sorgfältig zu entfernen, da die selten beobachteten Hautreizungen immer hier ihren Ausgangspunkt nehmen. Am 3. oder 4. Tag werden die gepinselten Stellen mit warmem Olivenöl gereinigt. Länger als 4, höchstens 5 Tage ohne Pause mit Lenigallolpasten zu behandeln, erscheint meist zwecklos, da die günstige Wirkung der Behandlung sich in dieser Zeit schon gezeigt haben muß.

Das Lenigallol kann wegen seiner Vorzüge als »das Ätzmittel« des praktischen Arztes bezeichnet werden; wegen seiner Reizlosigkeit im Vergleich zu anderen Ätzmitteln kann es bei seiner Anwendung auch bei nicht ganz genauer Indikationsstellung fast keinen Schaden stiften.

Schriftennachweis.

Bottstein, Therapeutische Monatshefte, 1899, H. 1.

Clemm, Wiener Klinische Rundschau, 1902, Nr. 36.

Feer, Revûe méd. de la Suisse romande, Jahrg. 46, Nr. 3, 1926.

Finsen, Sitzungsbericht der dänischen dermatolog. Gesellschaft. 195. Sitzung vom 7. 4. 1926.

Fraser, The Medical Guild Quarterly, 1906, Nr. 33.

Galewsky, Medizinische Klinik, 1910, Nr. 47.

Grüneberg, Dermatologische Zeitschrift, 1899, Bd. 6.

Isacson, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1921, Bd. 23.

Jeßner, Dermatologische Vorträge für Praktiker, 1906, H. 16.

Kopytowski, Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1909, Nr. 2 und 3.

Kromayer, Wiener Klinische Therapeut. Wochenschrift, 1905, Nr. 3.

Kromayer u. Grüneberg, Münch. med. Wochenschrift, 1901, Nr. 6.

Kromayer u. Vieth, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1898, Nr. 1.

Marcuse, Medizinische Klinik, 1906, Nr. 7 und 8.

Mayer, Münchener Medizinische Wochenschrift, 1904, Nr. 36.

Wehner, Therapie der Gegenwart, 1911, Nr. 9.

Winkler und Unna, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Herausgegeben von I. Jadassohn) Bd. 6, Teil 1, Seite 241.